

KAROLINNE MARGARETH SCHÜLER

**AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL DE PACIENTES
COM IDADE ENTRE 50 E 90 ANOS ATENDIDOS NO AM-
BULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do curso
de graduação em Medicina.**

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002

KAROLINNE MARGARETH SCHÜLER

**AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL DE PACIENTES
COM IDADE ENTRE 50 E 90 ANOS ATENDIDOS NO
AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do curso
de graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Professor: Dr. Augusto Adam Netto

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

Schüler, Karolinne Margareth.

Avaliação da Acuidade Visual de Pacientes com Idade entre 50 e 90 anos Atendidos no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina . Florianópolis, 2002.

27 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1.Oftalmologia 2.Acuidade visual 3.Saúde ocular 4.Idoso

DEDICATÓRIA

Ao meu grande pai e amigo, Rudolfo Fernando Schüler, pelo seu amor incondicional e pelo exemplo de vida. Por ter dedicado sua vida à família e semeado em nossos corações ensinamentos que permanecerão eternos.

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe, Sônia Mary Schüler, pelo carinho que aquece e conforta.

Aos meus irmãos, Suzanne Schüler Vieira e Carlos André Schüler, pelo companheirismo e cumplicidade. E também por serem motivos de orgulho em minha vida.

À minha amada afilhada, Maria Antônia Schüler Vieira, pela sua alegria e inocência que iluminam meus dias.

Ao meu amor, Maurício Amboni Conti, pela dedicação e grande auxílio para a execução deste trabalho.

À minha amiga Lílían di Domenico Camargo, pela amizade sincera e perseverança durante a nossa caminhada.

Ao Professor Dr Augusto Adam Netto, por ser o exemplo de profissional que desejo seguir.

Aos pacientes e funcionários do Hospital Universitário, que mostraram-se dispostos a colaborar e participar deste projeto.

SUMÁRIO

Resumo	VI
Summary	VII
1.Introdução	1
2.Objetivos	3
3.Método	4
4.Resultados	6
5.Discussão	15
6.Conclusões	19
7.Normas adotadas	20
8.Referências bibliográficas	21
9.Apêndice	23

RESUMO

As condições de saúde ocular na população com idade entre 50 e 90 anos foram estudadas em pacientes do ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; através de um questionário, teste de acuidade visual para longe e perto e teste do buraco estenopêico. Foram examinados 148 pacientes com média de idade de 64,4 anos. Cem (67,5%), haviam realizado consulta oftalmológica pelo menos uma vez nos últimos 5 anos e 18 (12,1%) nunca haviam consultado um oftalmologista. O SUS foi o provedor de 66,9% das consultas oftalmológicas. O uso de correção óptica fez-se presente em 110 pacientes (74,3%). A presença de doença ocular foi relatada por 127 pacientes (85,8%), sendo as ametropias referidas por 108 deles. O prurido foi o sintoma ocular mais citado (32 pacientes). A comorbidade mais referida foi a hipertensão arterial sistêmica (70 pacientes), seguida pelo diabetes mellitus (31 pacientes). Apenas 30 pacientes tiveram acuidade visual 20/20 na tabela de Snellen e 70 pacientes atingiram J1 na tabela de Jaeger. O teste do buraco estenopêico foi realizado em 44 pacientes que usavam correção óptica, havendo melhora da acuidade visual em 26 deles (59,0%). Este também foi realizado em 72 pacientes que não usavam correção óptica, ocorrendo melhora em 51 deles (70,8%). Concluiu-se que a correção óptica (óculos) utilizada era inadequada para a maioria dos pacientes e que muitos outros poderiam ser beneficiados com o seu uso. O teste da acuidade visual deveria fazer parte do exame clínico de todas as consultas médicas, incluindo as de atenção primária, pois assim se detectaria precocemente a baixa da visão e possibilitaria ao paciente a oportunidade de um tratamento adequado.

SUMMARY

Ocular health status of the population aged between 50 and 90 was studied in a sample of patients assisted in a general practice clinic of Santa Catarina Federal University Hospital; through a questionnaire appliance, optic accuracy test e pinhole test. One hundred forty eight patients were interviewed and the middle age was 64,4 years. One hundred (67,5%) were assisted by an optician for once at least in the last 5 years, while 18 patients had never been consulted. Brazilian public health system (SUS) provided 66,9% of the consultations. Optic correction was needed for 110 patients (74,3%). Ocular diseases was reported by 127 patients (85,8%), mainly ametropias (108 patients). Itch was the ocular symptom more times cited (32 patients). The comorbidities more common were systemic arterial hypertension (70 patients) and diabetes mellitus (31 patients). Just 30 patients obtained optic accuracy 20/20 in Snellen's table and 70 patients reach J1 in Jaeger's table. Pinhole test was performed in 44 patients which wear optic correction, showing improve of optic accuracy in 26 patients (59,0%). Was also performed in 72 patients, witch did not wear glasses, showing improve in 51 (70,8%) of them. It follows that optic correction was inadequate in the majority patients and many others could have better vision using glasses. Optic accuracy test should be included in the clinic exam of all medical consultation, also in the primary care, then enabling early detection of accuracy reductions could result in opportunity of suitable treatment.

1. INTRODUÇÃO

Embora a expectativa média de vida do ser humano venha se elevando progressivamente nos dois últimos milênios, foi no século XX que ocorreu a modificação mais expressiva. Nunca na história do homem, houve uma distribuição etária da população como a atual, e tudo indica que esse fenômeno permanecerá crescente nos países desenvolvidos, embora em menores proporções, e poderá, ainda atingir números maiores nos países considerados em desenvolvimento¹.

Nos últimos 40 anos, acrescentou-se praticamente uma década à expectativa de vida média da população. Além disso, elevou-se a expectativa de vida do idoso sem doenças graves, o que permitiu uma duplicação dessa estimativa¹.

Em nosso país, seguindo essa tendência mundial, temos observado nas últimas décadas, um crescimento da população idosa. Na última década a esperança de vida ao nascer da população brasileira passou de 66,0 para 68,6 anos e acredita-se que um indivíduo que alcance 60 anos de idade terá uma expectativa média de vida de mais 17,8 anos².

A Organização Mundial de Saúde entende por idoso o indivíduo que atinge os 60 anos nos países em desenvolvimento, ou os 65 anos, em países desenvolvidos. Os indivíduos que atingem 80 anos (nos países em desenvolvimento) ou 85 anos (nos países desenvolvidos) são considerados muito idosos.¹

Este novo panorama populacional torna obrigatório que se reformule antigos conceitos de atenção à saúde, havendo uma maior adequação às necessidades dessa nova distribuição demográfica que será, sem dúvida, alvo de grande parte de nossa atuação profissional. Neste contexto, inclui-se a importância da preservação de uma boa saúde ocular, visto que as limitações visuais estão intimamente relacionadas com o comprometimento da qualidade de vida. O idoso com baixa visão, não só perde a autonomia e independência, mas também experimenta grandes prejuízos na auto-estima e nos relacionamentos sociais^{1,3}. O déficit visual também é grande coadjuvante dos quadros depressivos e fator de risco para quedas, traumatismos e uso inadequado de medicamentos, os quais são importantes causas de morbidade entre os pacientes idosos.^{4,5}

Infelizmente o médico generalista tem ainda dificuldade em questionar ao seu paciente, na rotina do exame clínico, a existência de sintomas oculares. Por outro lado, por perder

paulatinamente a capacidade visual, dificilmente essa será uma queixa do paciente idoso, uma vez que acredita ser essa uma condição de sua idade avançada, e por desconhecer os recursos terapêuticos disponíveis para reverter uma disfunção tratável e alcançar um melhor patamar de saúde.

Sendo a deficiência visual diretamente relacionada com a idade e a condição sócio - econômica da população⁶, um bom método para avaliar a saúde ocular do indivíduo, por ser de simples aplicação e sem custos, é a medida da acuidade visual. A acuidade visual (AV) é determinada pela menor imagem retiniana percebida pelo indivíduo⁷. Ela pode ser aferida no exame clínico do paciente, através de uma tabela de optotipos. Sua medida é dada pela relação entre o tamanho do menor objeto (optotipo) visualizado e a distância entre observador e objeto⁸. Na maioria das vezes a limitação visual detectada poderá ser corrigida ou amenizada com terapêutica adequada.

Uma boa saúde ocular, sem dúvida contribuirá para um processo de envelhecimento bem sucedido, com a manutenção das funções físicas e cognitivas, controle e compensação das doenças e incapacidades, e constante engajamento dos idosos em atividades sociais e produtivas.

A carência de publicações acerca do presente assunto em nosso meio, levou-nos a realizar esta pesquisa. Almejamos que ela estimule a execução de novos estudos e que contribua para minimizar os problemas oculares que acometem esta parcela sofrida de nossa população, os idosos.

2. OBJETIVO

Analisar as condições de saúde ocular na população com idade entre 50 e 90 anos, atendida no ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), no período de fevereiro e março de 2002.

3. MÉTODO

Este trabalho é um estudo transversal descritivo e prospectivo, que foi realizado no ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como foco de pesquisa os pacientes com idade entre 50 e 90 anos.

3.1 PACIENTES

Os pacientes participantes da pesquisa foram aqueles que tinham consulta agendada no ambulatório de clínica médica. Antes da consulta os pacientes eram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos previamente que realizariam um teste de acuidade visual e responderiam a um questionário.

Foram estudados 148 pacientes, com idade entre 50 e 90 anos, de ambos os sexos, no período de fevereiro e março de 2002.

3.2 PROCEDIMENTOS

Os pacientes avaliados respondiam ao questionário (apêndice 1), que era aplicado por uma acadêmica do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. O questionário continha as seguintes perguntas: idade, uso de correção óptica, realização de consulta oftalmológica, tempo da consulta e se fora realizada pelo SUS, presença de doença ou sintoma ocular e presença de outras doenças não oculares.

Após era realizado o exame de acuidade visual (AV). O paciente recebia orientações sobre os testes, e era esclarecido sobre a importância destes. A sala tinha iluminação adequada e mínimos estímulos dispersivos.

Para realização do teste de acuidade visual para longe, o paciente era mantido sentado atrás de uma marca a 3 metros de distância da tabela de Snellen (apêndice2) fixada na parede, perpendicular aos seus olhos. Um olho de cada vez era ocluído, de forma não compressiva. Os pacientes com correção óptica eram examinados com as mesmas. Era então anotado o valor da linha dos menores caracteres lidos pelo paciente.

A tabela de Snellen é expressa em pés. O valor 20/20 significa que o paciente lê a 20 pés os caracteres elaborados para serem lidos por uma pessoa considerada normal a 20 pés de distância. Por outro lado, o valor 20/40 significa que o paciente lê a 20 pés os caracteres que seriam lidos a 40 pés por uma pessoa normal⁷.

Quando o valor alcançado na tabela era inferior a 20/20, significando acuidade visual sub-normal, era realizado o teste do buraco estenopêico, também examinando um olho de cada vez.

O teste do buraco estenopêico (apêndice 3) possibilita que os raios luminosos sejam confluídos apenas para a parte central da córnea, eliminando as irregularidades que ocorrem nos vícios de refração⁷. Assim os pacientes com ametropias são diferenciados dos que têm baixa visão por outras razões (doenças oculares ou neurológicas, por exemplo).

A tabela de Jaeger (apêndice4) era utilizada para avaliar a acuidade visual para perto, sendo posicionada a aproximadamente 35 cm de ambos os olhos dos pacientes. Esta tabela possui caracteres de tamanhos decrescentes, classificados de J7 até J1. Sendo que o paciente deve conseguir ler todos os caracteres até o menor (J1)⁸. Neste teste ambos os olhos são avaliados simultaneamente e os pacientes que usam correção óptica para perto são examinados com as mesmas.

Posteriormente, os pacientes eram informados da sua acuidade visual, e, se necessário, orientados a consultar um especialista.

Os dados coletados foram computados e analisados utilizando o programa EXCEL[®] versão 97. Foram descritas as prevalências de todos os fatores e estes foram apresentados em tabelas e gráficos.

4 RESULTADOS

No presente estudo, foram examinados um total de 148 pacientes, sendo que destes, 108 pacientes (73,0%) eram do sexo feminino e 40 (27,0%) do sexo masculino (gráfico 1).

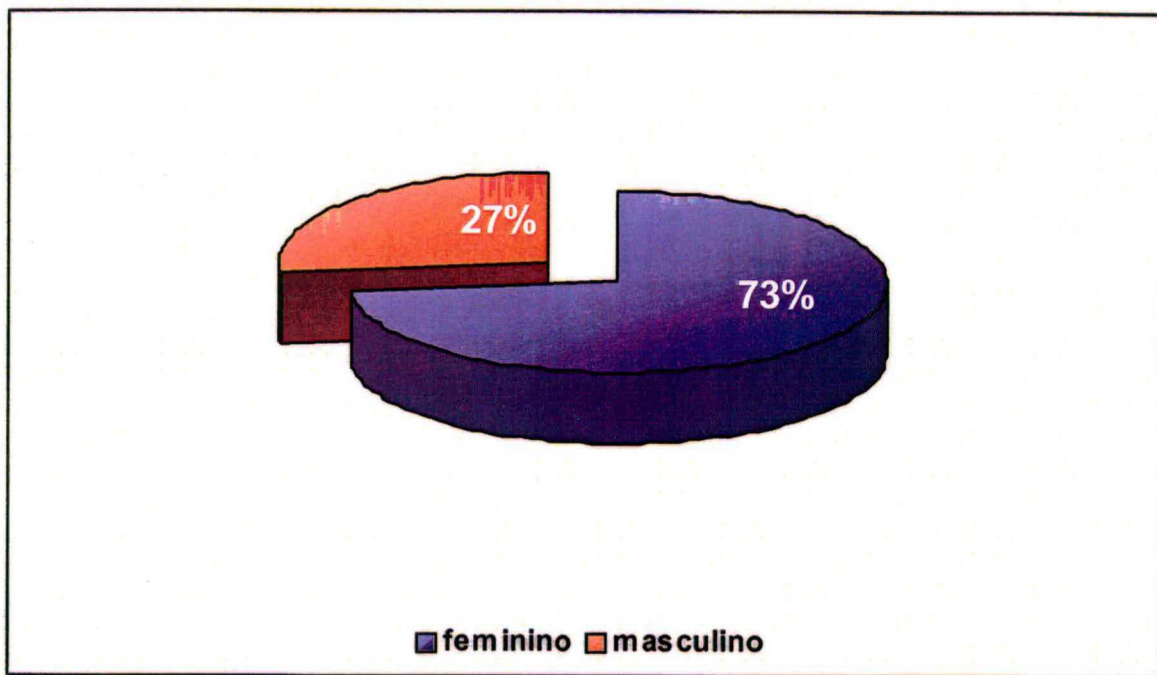


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes segundo o sexo.

Fonte: Ambulatório de clínica médica HU-UFSC, 2002.

Os pacientes foram distribuídos em faixas etárias, sendo que, 37 pacientes (25,0%) tinham entre 50 e 55 anos, 15 (10,1%) entre 56 e 60 anos, 24 (16,2%) entre 61 e 65 anos, 22 (14,9%) entre 66 e 70 anos, 32 (21,6%) entre 71 e 75 anos, 11 (7,4%) entre 76 e 80 anos, 5 (3,4%) entre 81 e 85 anos e 2 pacientes (1,4%) entre 86 e 90 anos (gráfico 2). A média de idade foi de 64,4 anos.

Entre os pacientes estudados, 130 (87,8%) já tinham consultado um oftalmologista pelo menos uma vez e 18 (12,16%) nunca o haviam consultado.

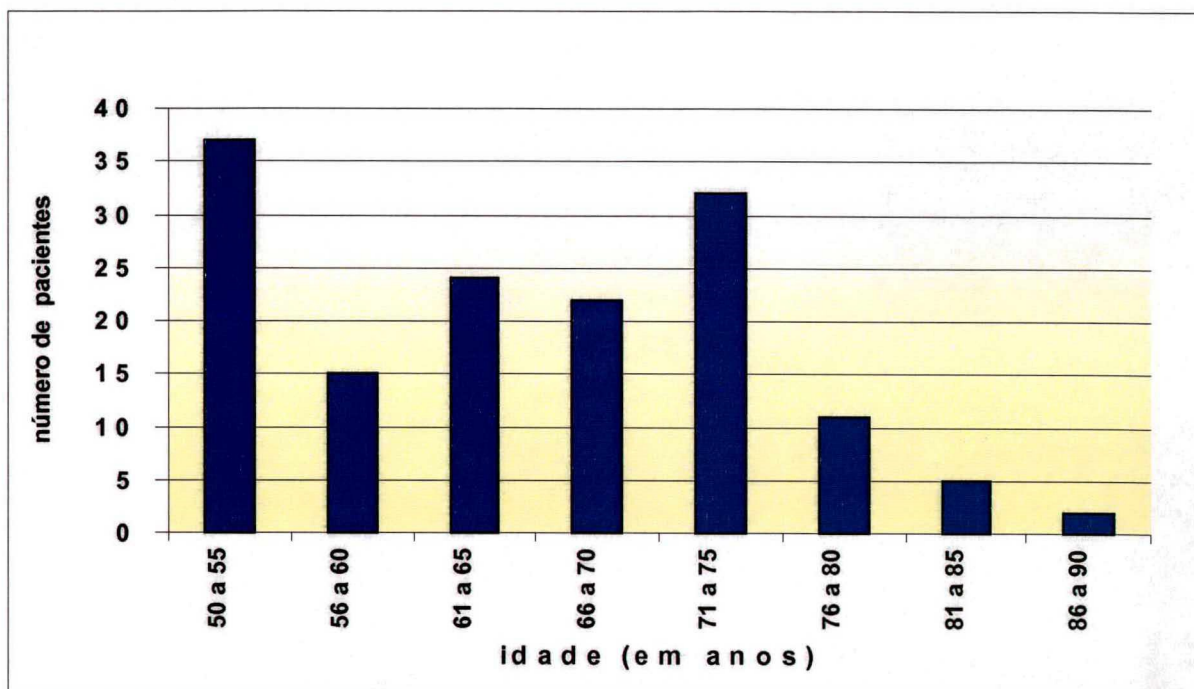


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes segundo a idade.

Fonte: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

Quarenta e um pacientes (27,7%), haviam realizado consulta oftalmológica há mais de 1 ano, 59 pacientes (39,8%) haviam consultado o especialista entre 1 a 5 anos, 26 (17,5%) entre 5 a 10 anos e 4 pacientes (2,7%) foram examinados pelo oftalmologista há mais de 10 anos (tabela 1).

Entre os 130 pacientes que foram ao oftalmologista, 87 deles (66,9%) realizaram consulta através do SUS, e 43 (33,0%) através de um plano de saúde ou por consulta particular (gráfico3).

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O TEMPO (EM ANOS)
DA ÚLTIMA CONSULTA OFTALMOLÓGICA.**

TEMPO	Nº	%
Menos de 1 ano	41	27,7
Entre 1 a 5 anos	59	39,8
Entre 5 a 10 anos	26	17,5
Mais de 10 anos	4	2,7
Nunca consultou	18	12,1
TOTAL	148	100,0

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

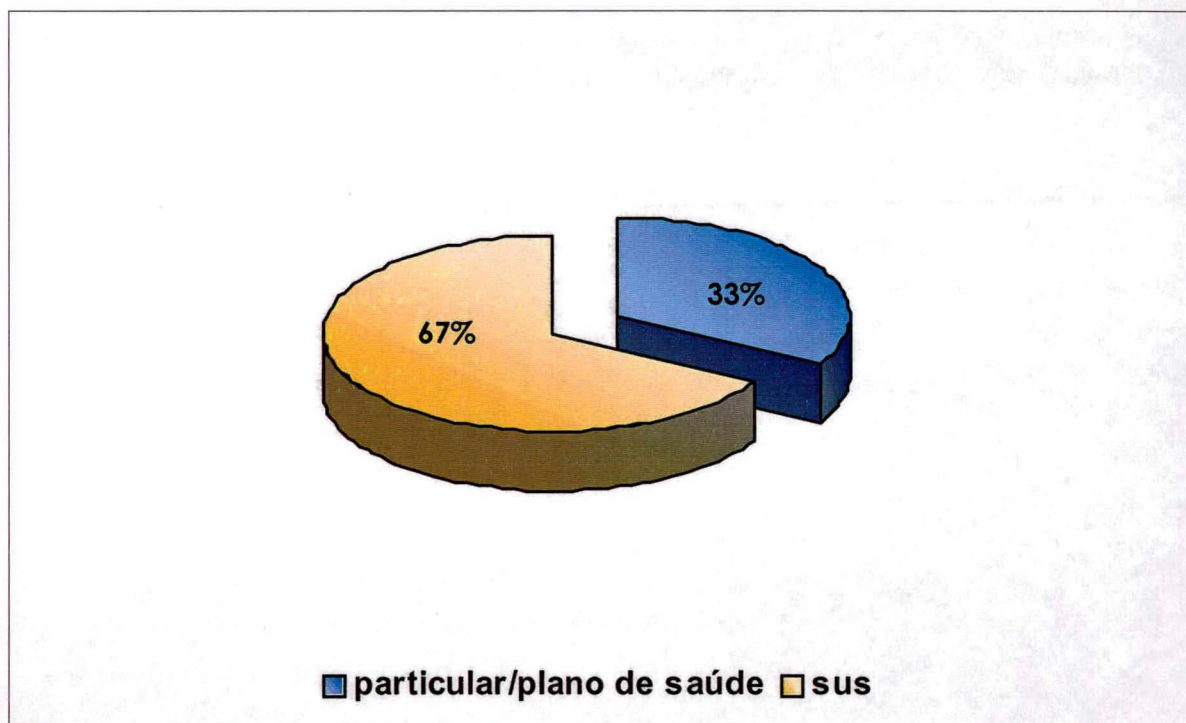


Gráfico 3 :Distribuição dos pacientes segundo a forma da consulta oftalmológica.

Fonte: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

O uso de correção óptica fez-se presente em 110 pacientes (74,3%) e 38 pacientes (25,6%) não utilizavam nenhuma correção visual (gráfico 4).

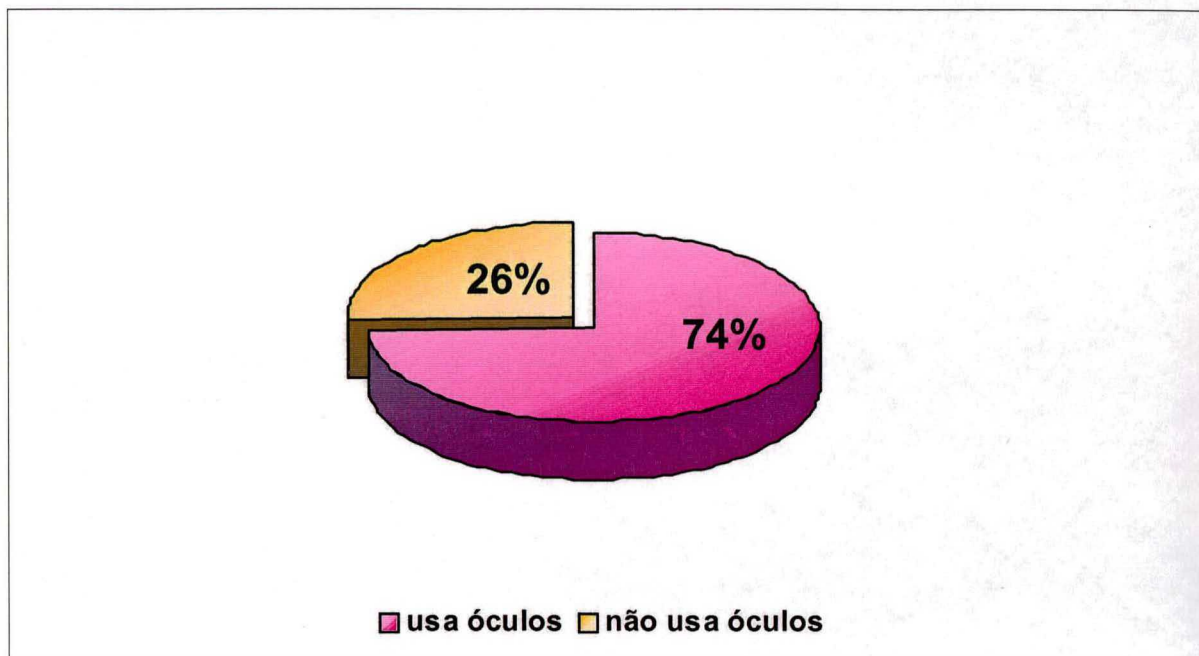


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes segundo o uso de correção óptica.

Fonte: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

A presença de doença ocular foi referida por 127 pacientes (85,8%) e 21 pacientes (14,1%) negaram ou não sabiam referir a presença desta (gráfico 5). Entre os que afirmaram ter alguma doença ocular, 35 pacientes (27,5%) citaram pelo menos duas.

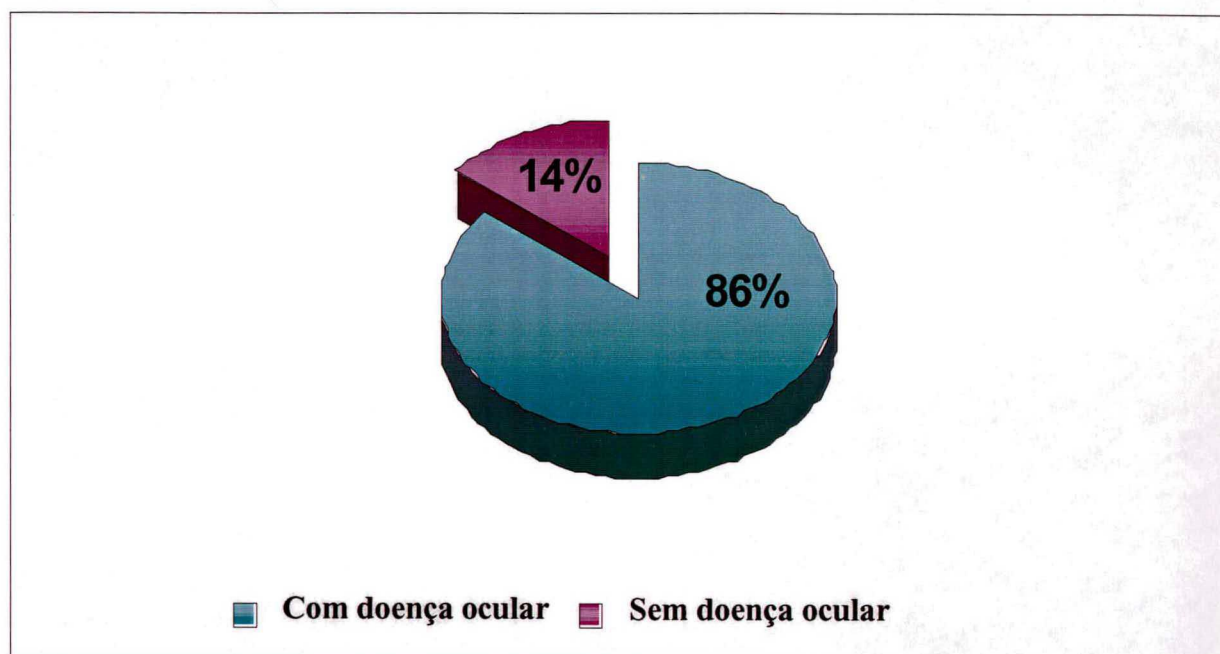


Gráfico 5 : Distribuição dos pacientes segundo a presença ou não de doenças oculares.

Fonte: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

A ametropia foi a queixa de 108 pacientes, 26 referiram catarata, 13 pterígio, 5 glaucoma, 4 traumatismo ocular e 2 pacientes referiram neurite óptica (tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes segundo a doença ocular referida.

DOENÇA OCULAR	Nº	%
Ametropias	108	85,0
Catarata	26	20,4
Pterígio	13	10,0
Glaucoma	5	3,9
Trauma	4	3,1
Neurite óptica	2	1,5
Outros	4	3,1

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002

Os pacientes foram questionados sobre a presença de algum sintoma ocular, sendo que 115 pacientes (77,7%) tinham alguma queixa oftalmológica e destes 29 (25,2%) referiram mais de um sinal ou sintoma. O prurido foi citado por 32 pacientes, 20 referiram dor ocular, 17 lacrimejamento, 14 ardência, 11 escotomas, 4 hiperemia, 3 sensação de corpo estranho, 3 edema palpebral, 2 fotofobia, 2 secreção ocular e 2 pacientes referiram olho seco (tabela 3).

TABELA 3 - Distribuição dos pacientes segundo o sinal ou sintoma ocular referido.

SINAL OU SINTOMA OCULAR	Nº	%
Prurido	32	27,8
Dor ocular	20	17,3
Lacrimejamento	17	14,7
Ardência	14	12,1
Escotomas	11	9,5
Hiperemia	4	3,4
Sensação de corpo estranho	3	2,6
Edema palpebral	3	2,6
Fotofobia	2	1,7
Secreção ocular	2	1,7
Olho seco	2	1,7

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

Além das doenças oculares, 125 pacientes (84,4%) referiram também doenças pertinentes a outros aparelhos e sistemas. A doença mais referida foi a hipertensão arterial sistêmica (70 pacientes), seguida de diabetes mellitus (31 pacientes), cardiopatia (26 pacientes), hipercolesterolemia (25 pacientes), doença reumatológica (16 pacientes), osteoporose (11 pacientes), depressão (10 pacientes), doença do trato gastrointestinal (8 pacientes), anemia (4 pacientes), tireoidopatia (4 pacientes) e finalmente, pneumopatia (referida por 2 pacientes) (tabela4).

TABELA 4 –Distribuição dos pacientes segundo a doença sistêmica referida

DOENÇA SISTÊMICA	Nº	%
Não referiu doença	23	15,5
Hipertensão arterial	70	47,3
Diabetes mellitus	31	20,9
Cardiopatia	26	17,5
Hipercolesterolemia	25	16,8
Doença reumatológica	16	10,8
Osteoporose	11	7,4
Depressão	10	6,7
Doença do TGI	8	5,4
Anemia	4	2,7
Tieoidopatia	4	2,7
Pneumopatia	2	1,3
Outras	12	8,1

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

Os resultados dos testes de acuidade visual para longe (com a tabela de Snellen), e para perto (com a tabela de Jaeger), estão detalhados a seguir nas tabelas 5 e 6.

TABELA 5 – Acuidade visual para longe.

ACUIDADE VISUAL	SEM CORREÇÃO ÓPTICA		COM CORREÇÃO ÓPTICA	
	OD	OE	OD	OE
NPL*	2	-	-	-
MM**	1	1	-	-
CD***	1	5	-	-
CD a 1,5m	1	3	-	1
CD a 3m	7	3	-	-
20/200	8	7	4	-
20/100	5	6	1	2
20/80	4	3	2	2
20/60	20	17	10	12
20/40	9	13	12	15
20/30	2	4	6	1
20/25	12	10	9	13
20/20	15	15	17	15
TOTAL	87	87	61	61

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC,2002.

*NPL - não percebe luz.

**MM - percebe movimento de mãos.

***CD - conta dedos.

TABELA 6 – Acuidade visual para perto.

ACUIDADE	Nº	%
J1	70	47,3
J2	20	13,5
J3	10	6,7
J4	9	6,0
J5	8	5,4
J6	7	4,7
J7	21	14,1
Não realizado	3	2,0
TOTAL	148	100,0

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

O teste do buraco estenopêico foi realizado em 44 pacientes que usavam correção óptica no olho direito, apresentando melhora da acuidade visual em 26 pacientes (59,0%). E em 46 pacientes com correção óptica para o olho esquerdo, apresentando melhora da acuidade visual em 27 pacientes (58,7%). Foi também realizado em 72 pacientes, que não usavam correção óptica, ocorrendo melhora no olho direito em 51 pacientes (70,8%) e no olho esquerdo em 48 pacientes (66,6%) (tabela7).

TABELA 7 – Acuidade visual dos pacientes quanto ao teste do buraco estenopêico.

TESTE DO BURACO ESTENOPÊICO	COM CORREÇÃO ÓPTICA				SEM COREÇÃO ÓPTICA			
	OD	%	OE	%	OD	%	OE	%
MELHORA DA AV	26	59,0	27	58,6	51	70,8	48	66,6
SEM MELHORA DA AV	18	40,9	19	41,3	21	29,1	24	33,3
TOTAL	44	100,0	46	100,0	72	100,0	72	100,0

FONTE: Ambulatório de Clínica Médica HU-UFSC, 2002.

5. DISCUSSÃO

Em nossa pesquisa, os entrevistados eram na maioria pacientes do sexo feminino (73%) (gráfico1). A distribuição por sexo nos diversos estudos é muito variável, porém sempre revela uma maioria, mesmo que pequena, de pacientes femininas.

A média de idade dos pacientes foi de 64,4 anos (gráfico2). Estudos semelhantes ao nosso, têm como idade média dos pacientes 74 a 82 anos^{9,10}, variando conforme o país ou mesmo região onde foram realizados.

Atualmente existe a tendência de recomendar-se a todos os pacientes acima de 60 anos a avaliação anual pelo oftalmologista (ou mais, a critério médico)¹¹ devido ao risco e a necessidade de detecção precoce de doenças como o glaucoma e a retinopatia diabética. Apenas 27,7% dos nossos pacientes consultaram o oftalmologista nos últimos 12 meses (tabela1), sendo a dificuldade de marcação da consulta oftalmológica pela rede pública, o principal impedimento para a realização de consultas mais precoces. É importante salientar que 14,8% dos pacientes haviam consultado há mais de 10 anos ou nunca haviam consultado um especialista.

As consultas foram proporcionadas pelo SUS em 66,9% dos casos (gráfico 3). Este dado está de acordo com o perfil dos pacientes estudados, por serem pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário da UFSC, que presta atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as doenças concomitantes referidas pelos entrevistados, as mais prevalentes foram hipertensão arterial e diabetes mellitus, com 47,3% e 20,9% respectivamente (tabela 4). Conforme estudos norte americanos a prevalência da HAS aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos. A prevalência entre os negros é sempre maior em qualquer idade. Até os 40 anos a prevalência é próxima a 10%, até os 50 anos chega a 20% e após 60 anos ultrapassa os 40%, atingindo 60% após os 70 anos.¹²

No Brasil, diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial, presente em média em 15% da população geral adulta, variando de acordo com o estudo e a localidade pesquisada.¹²

Em relação ao diabetes mellitus, a Organização Mundial da Saúde, aponta cerca de 110 milhões de pessoas no mundo com esta enfermidade, sendo que até o ano de 2010, este número tende a dobrar. No Brasil, a prevalência é de 12,66% nas pessoas entre 50 a 59 anos e 17,43% na faixa etária de 60 a 69 anos.¹³

A alta prevalência destas duas entidades nosológicas em nosso meio, reafirmam a importância dos exames oftalmológicos periódicos, devido ao acometimento ocular que ocorre nessas doenças (retinopatias diabética e hipertensiva).

Entretanto observamos extrema dificuldade entre os nossos pacientes em relatar corretamente o seu problema ocular, e grande desinformação sobre as doenças que podem acometer a visão. Podemos perceber isto em nosso estudo, onde diabetes mellitus foi referida por 20% das pessoas e não houve queixas em relação à retinopatias. Entre estes 31 pacientes sabidamente diabéticos (20% dos entrevistados), apenas 7 haviam consultado o oftalmologista no último ano. Sabe-se que a retinopatia acomete 40% dos pacientes diabéticos e é imperativo o diagnóstico precoce, antes que as lesões comprometam a visão.¹⁴

Quanto às doenças oftalmológicas especificamente, constatamos que 85,0% dos entrevistados referiram algum tipo de ametropia e 20,4% referiram catarata. Também foram citadas pterígio, glaucoma, neurite óptica, entre outras (tabela 2). Diversos estudos sobre doenças oculares em pacientes idosos apontam a degeneração macular relacionada a idade como a principal causa de baixa visão nesta faixa etária. Ela é responsável por aproximadamente 40% dos atendimentos de pacientes geriátricos em serviços especializados^{12,13}. Outros relatam a catarata como a doença ocular mais incidente, com até 78% dos pacientes geriátricos atendidos na oftalmologia¹⁴. Contudo, apesar de algumas variações de percentagem, as enfermidades oculares mais frequentes entre os idosos são, sem dúvida a degeneração macular relacionada a idade, a catarata, o glaucoma e a retinopatia diabética^{12,13,14}.

Foi descrito que para cada paciente que tinha o conhecimento de ser portador de catarata, dois pacientes desconheciam sua condição, e para cada um com degeneração macular relacionada a idade, 154 desconheciam ter a doença. Neste mesmo estudo, nenhum dos portadores de retinopatia diabética estava ciente de sua condição ocular¹⁵.

Alguns estudos demonstram que em indivíduos acima de 60 anos há uma redução do número de células caliciformes da conjuntiva (que fazem parte do sistema lacrimal). A estabilidade do filme lacrimal também parece diminuir com a idade. Além disso ocorre um aumento no tempo de drenagem da lágrima, com estenose progressiva dos pontos e canaliculos

lacrimais. Assim a diminuição da secreção reflexa da lágrima no idoso é compensada, em parte, pela redução da drenagem lacrimal¹. Alguns medicamentos de uso frequente na terceira idade, podem inibir a produção da lágrima. São eles: beta-bloqueadores, hipnóticos, sedativos (como o fenobarbital e os benzodiazepínicos), neurolépticos e antidepressivos. Outros medicamentos como a pilocarpina e os antivirais, podem causar estenose dos canaliculos lacrimais.⁸

Estas alterações das vias lacrimais que ocorrem na senilidade, poderiam justificar, em parte, a alta prevalência de sintomas como prurido, dor ocular e lacrimejamento citados pelos entrevistados (tabela 3).

Quanto à correção óptica, 74,3% de nossos pacientes faziam uso desta (gráfico4). A acuidade visual para longe, foi na maioria das vezes igual ou melhor que 20/60 (tabela 5). Já a acuidade visual para perto mostrou algum grau de deficiência em 50,4% dos pacientes (tabela 6). Este dado está de acordo com o fato de que todas as pessoas tornam-se presbitas com a idade, geralmente a partir dos 40 anos¹. A presbiopia corresponde ao afastamento gradual do ponto próximo do olho com conseqüente piora da acuidade visual para as atividades de perto e fadiga visual. Isto deve-se à redução da capacidade de acomodação, devido à perda da elasticidade do cristalino.⁷ Também, além da presbiopia, após os 40 anos há uma tendência do erro refrativo apresentar desvio em direção à hipermetropia¹. Estas mudanças refracionais que ocorrem durante o envelhecimento, colaboram com a idéia de que os pacientes geriátricos devem consultar periodicamente um especialista.

Entre os pacientes que realizaram o teste do buraco estenopéico com correção óptica, houve melhora da acuidade em 59,0% dos casos (tabela 7). Isto significa que estes pacientes não estavam utilizando uma correção óptica adequada para o seu déficit visual e teriam o potencial de atingir uma melhor acuidade caso possuíssem um auxílio óptico apropriado. Infelizmente, é freqüente o paciente utilizar óculos que adquiriu há muitos anos e não reconhecer a necessidade de reavaliar sua refração de forma periódica. Certas vezes compra-os sem receita médica, ou ainda usa óculos emprestados por terceiros.

Quando o teste do buraco estenopéico foi aplicado nos pacientes que não usavam correção óptica, obtivemos melhora da acuidade visual em 70,8% dos casos (tabela 7). Este resultado significativo sugere que a acuidade visual deve ser avaliada em todas as consultas médicas pois devemos buscar, incansavelmente, uma melhor qualidade visual para nossos pacientes, através de auxílios ópticos quando possível. Desta forma conseguiremos manter

uma melhor qualidade visual para o paciente, necessária para o desempenho adequado de suas atividades cotidianas, quer sociais, ou econômicas, ou culturais.

6. CONCLUSÕES

1. Cento e trinta pacientes (87,8%) consultaram um oftalmologista ao menos uma vez em sua vida, sendo o SUS o meio mais utilizado para a realização das consultas (67% das consultas).
2. A maioria dos pacientes entrevistados (67,5%) realizaram a última consulta oftalmológica há menos de 5 anos.
3. Correção óptica (óculos) era o recurso utilizado pela maior parte dos entrevistados (74%). Entre os pacientes que realizaram o teste do buraco estenopéico utilizando óculos, encontrou-se correção inadequada em 59,0% dos casos.
4. Nos pacientes que não utilizaram óculos, o teste do buraco estenopéico demonstrou melhora da acuidade visual em 70,8% dos casos.
5. Os sinais e sintomas oculares mais prevalentes foram o prurido ocular, a dor ocular e o lacrimejamento.
6. As principais doenças oculares referidas foram as ametropias, a catarata e o pterígio.
7. Apesar da alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus entre os entrevistados, observou-se que estes eram pouco assistidos em relação aos potenciais danos oftalmológicos que estas doenças podem provocar.
8. O teste da acuidade visual deveria fazer parte do exame clínico de todas as consultas médicas, assim detectaria-se precocemente a baixa da visão e possibilitaria ao paciente a oportunidade de um tratamento adequado.

7. Normas Adotadas

Para a realização deste trabalho foram utilizadas as normas estabelecidas na Resolução nº 001/2001, aprovada na Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

8. REFERÊNCIAS

1. Almeida, Geraldo Vicente, José, Newton Kara. Senilidade Ocular. 1º ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua Completa de Mortalidade de 2000. [capturado 2001 Dez 12]; Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Mortalidade_Populacao/Tabua_de_Mortalidade_2000/Tabua_Completa_de_Mortalidade_Brasil_2000.zip
3. Watson GR. Low Vision in the geriatric population: rehabilitation and management. J Am Geriatr Soc 2001;49(3):317-30.
4. McMurdo ME, Millar AM, Daly F. A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old people's homes. Gerontology 2000;46(2): 83-7.
5. Wang JJ, Mitchell P, Smith W, Cumming RG, Attebo K. Impact of visual impairment on use of community support services by elderly persons: the Blue Mountains Eye Study. Invest Ophthalmol Vis Sci 1999; 40(1):12-9.
6. Travi, Giovanni M, Marcon, Alexandre S . Medida da acuidade visual em um shopping center metropolitano. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia,2000; 63 (fascículo2):11-23.
7. Esteves, Jorge Freitas, Telichevesky, Nelson. Rotinas em Oftalmologia. 8º ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Vaughan, Daniel G, Asbuty, Taylor. Oftalmologia Geral. 10º ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
9. Nottle HR, McCarty CA, Hassell JB, Keeffe JE. Detection of vision impairment in people admitted to aged care assessment centres. Clin Experiment Ophthalmol 2000; 28(3):162-4.

10. Haddad, Maria Aparecida Onuky. Atendimento de idosos com baixa visão na Clínica Oftalmológica HC-FMUSP. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 2001, 64 (fascículo 4): 7-16.
11. Tierney, Lawrence M Jr, McPhee, Stephen J, Papadakis, Maxine A. Diagnóstico e Tratamento 2001. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
12. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão [capturado em dezembro de 2001]. Disponível em: www.geocities.com/dredison/consenso.doc
13. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro de Diabetes [capturado em dezembro de 2001]. Disponível em: www.diabetes.org.br
14. Normalina M, Zainal M. The dimensions of ocular morbidity amongst the nursing home geriatrics population. Med J Malaysia 1998; 53(3):239-44.
15. Goldblum K. President's message: working together to promote excellence in geriatric care. Insight 1998; 23(2):39-40.

9.APÊNDICE

9.1 APÊNDICE 1:

Protocolo

Nome _____ idade _____ sexo _____

Usa óculos? ☐ sim ☐ não

Há quanto tempo foi sua última consulta no oftalmologista?

- ☐ Menos que 1 ano
- ☐ Entre 1 a 5 anos
- ☐ Entre 5 a 10 anos
- ☐ Mais que 10 anos

Consulta: ☐ sus ☐ convênio ☐ particular

Tem algum problema ocular? ☐ sim ☐ não

Sabe qual é (conhece) sua doença ocular?

- ☐ Não sabe
- ☐ Refração
- ☐ Retin. Hipertensiva
- ☐ Retin. Diabética
- ☐ Glaucoma (cirurgia__)
- ☐ DRMI
- ☐ Catarata (lio__)
- ☐ Outras _____

Tem algum sintoma ocular? Qual? _____

Tem alguma doença sistêmica?

- ☐ Não
- ☐ Reumatológica
- ☐ HAS
- ☐ DM
- ☐ Toxoplasmose
- ☐ Outra _____

Acuidade visual

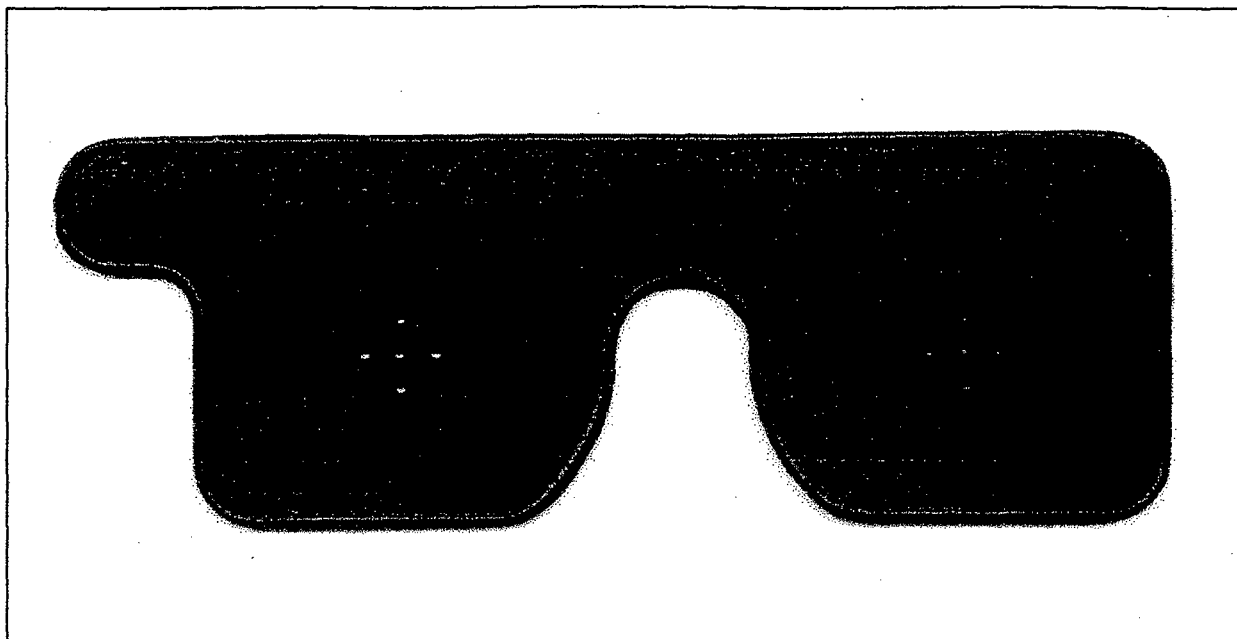
OD _____ ph _____ ☐ com correção ☐ sem correção ☐ símbolos
OE _____ ph _____

Tabela de Jaeger _____

9.2 APÊNDICE 2: Tabela de Snellen.

DISTÂNCIA DE 3 METROS	
20/200	H O +
20/100	A L □ ○ ★
20/80	T N C + ★ ○ □
20/60	M E T H
20/40	H Y C O R ★ ○ □ +
20/30	A T R O P T
20/25	C I L A M O X □ ★ ○ +
20/20	C H L O R S I G
20/20	C O D A L G I N ★ □ + ○
20/15	M E T H O P T ○ + □ ★

9.3 APÊNDICE 3: Buraco estenopêico.



9.4 APÊNDICE 4:Tabela de Jaeger.

ACUIDADE VISUAL PARA PERTO									
Escala de JAEGER									
J7	Ш	Э	Ш	Е	8	5	4	9	
	Э	М	Ш	Э	6	0	7	4	
J6	М	Е	Ш	Э	8	4	6	2	
	М	Э	Е	Ш	7	3	8	6	
J5	Э	Э	М	Е	6	2	7	6	
	Ш	Е	Ш	М	9	5	8	1	
J4	Е	Ш	Е	М	8	5	4	9	
	Ш	М	М	Е	3	2	7	6	
J3	Э	Е	Э	М	Э	7	4	3	8
	Е	Е	М	Ш	Е	2	5	7	9
J2	Е	Ш	Э	М	М	3	2	8	4
	Ш	Е	М	Ш	Е	9	5	8	3
J1	Е	Ш	М	Ш	Е	4	5	3	2
	Ш	Е	М	Ш	Е	8	5	7	9

JCT

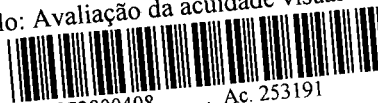
TCC
UFSC
CC
0369

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0369

Autor: Schuller, Karolinn

Título: Avaliação da acuidade visual de



972800408

Ac. 253191

Ex.1 UFSC BSCCSM